

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE

730

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

JEAN-PAUL VELTEN

né le 18 juillet 1927, à Vichy (Allier)

*Ancien Élève de l'École du Service de Santé Militaire
Diplômé de l'Institut de Médecine Tropicale de Paris.*

Présentée et soutenue publiquement le 1952

**Essai de Recensement des Léproux
dans le monde et Traitements
actuellement utilisés contre la Lèpre**

Président : M. LAVIER, Professeur

PARIS (6°)
S. F. A. I. G.
7, rue Corneille
1952

ANNÉE 1952

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

JEAN-PAUL VELTEN

né le 18 juillet 1927, à Vichy (Allier)

*Ancien Élève de l'École du Service de Santé Militaire
Diplômé de l'Institut de Médecine Tropicale de Paris.*

Présentée et soutenue publiquement le

1952

Essai de Recensement des Léproux dans le monde et Traitements actuellement utilisés contre la Lèpre

Président : M. LAVIER, Professeur

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin,

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN

Léon Binet.

Membre de l'Institut

ASSESEUR

Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	
Anatomie pathologique	
Bactériologie	
Biologie médicale	
Cancérologie médicale et sociale	
Carcinologie	
Chimie médicale	
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu Saint-Antoine Salpêtrière Cochin
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	
Clinique de cardiologie	
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	
Clinique de la tuberculose	
Clinique de neuro-chirurgie	
Clinique de puériculture	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du sang	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	
Clinique gynécologique	
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu Bichat Cochin Pitié
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	
Clinique médicale propédeutique	
Cliniques obstétricales	Tarnier Baudelocque Port-Royal
Clinique ophtalmologique	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	
Clinique psychiatrique infantile	
Clinique rhumatologique	
Clinique stomatologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique urologique	
Embryologie	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Histologie	

MM.

OLIVIER (E.)
LEROUX (R.)
GASTINEL (P.)
VERNE (J.)
HUGUENIN (R.)
OBERLING (C.)
POLONOVSKI (M.)
BROCQ (P.)
CADENAT (F.)
MONDOR (H.)
QUÉNU (J.)
MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
DONZELOT (E.)
FÈVRE (M.)
MONOD (R.)
BERNARD (E.)
PETIT-DUTAILLIS (D.)
LELONG (M.)
GOUGEROT (H.)
CHEVALLIER (P.)
ALAJOUANINE (T.)
DEBRÉ (R.)
MOLLARET (F.)
DELAY (J.)
MOCQUOT (P.)
BÉNARD (H.)
LAROCHE (G.)
HARVIER (P.)
LIAN (C.)
JUSTIN-BESANÇON (L.)
FASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
LANTUEJOL (P.)
LEVY-SOLAL (E.)
PORTES (L.)
VELTER (E.)
LEMAITRE (F.)
RICHE (C.)
HEUYER (C.)
COSTE (F.)
DECHAUME (M.)
SÈNÈQUE (J.)
CHABROL (E.)
FEY (B.)
GIROUD (A.)
BARIÉTY (M.)
CHAMPY (C.)



Hygiène et clinique de la première enfance	
Hygiène et médecine préventive	
Médecine du Travail	
Médecine légale	
Parasitologie et histoire naturelle médicale	
Pathologie chirurgicale	
Pathologie exotique	
Pathologie expérimentale et comparée	
Pathologie médicale	
Pathologie et thérapeutique générales	
Pharmacologie et matière médicale	
Physiologie	
Physique médicale	
Radiologie médicale	
Technique chirurgicale	
Thérapeutique	

MM.	
CATHALA (J.)	
JOANNON (C.)	
DESOILLE (H.)	
PIÉDELÈVRE (R.)	
GAILLIARD (H.)	
DE GAUDART D'ALLAINES (F.)	
LAVIER (G.)	
LEMAIRE (A.)	
MOREAU (R.)	
DE GENNES (L.)	
HAZARD (R.)	
BINET (L.)	
STROHL (A.)	
DESGREZ (H.)	
MOULONGUET (P.)	
TURPIN (R.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAÎTRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS ET AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CORDIER (J.-C.) Pr. s. ch.		HUGUIER (J.)
	DEBEYRE (J.)		LAURENCE (G.)
	DELMAS (A.)		LEGER (L.)
Anatomie pathologique } Gauthier-Villars.	(M ^{lle} P.) Pr. s. ch.	Pathologie chirurgicale	OLIVIER (Cl.)
	BUSSER (F.)		PADOVANI (P.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)		POILLEUX (M.)
	NEVOT (A.)		ROUX (M.)
Biologie médicale ...	BOURLIÈRE (F.)	Pathologie expériment.	RUDLER (J.-C.)
	ETTORI (J.)		VERNE (J.-M.)
	Pr. s. ch.		MERKLEN (P.)
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.)		BERNARD (J.)
	Pr. s. ch.		BOUDIN (G.)
	SCHAPIRA (G.)		CASTAIGNE (P.)
Dermato-Syphiligraphie	DEGOS (R.)		CONTE (M.)
	BULLIARD (H.)		DECOURT (J.)
	Pr. s. ch.		DOMART (A.)
Histologie	COUJARD (R.)	Pathologie médicale ..	DREYFUS (Gib.)
	DESCLAUX (P.)		FAUVERT (R.)
Hydrologie	DEBRAY (C.)		HAMBURGER (J.)
	BOYER (J.)		KOURILSKY (R.)
Hygiène	DEPARIS (M.)		LAMY (M.)
	DEROBERT (L.)		MAURIC (G.)
Médecine légale	GAULTIER (J.)		MILLIEZ (P.)
	N...		PERRAULT (M.)
Neurochirurgie	SEZE (S. de)		RAMBERT (P.)
Neurologie	GRASSET (J.)	Pédiatrie	THIEFFRY (St.)
	LEPAGE (F.)		TURIAF (J.)
	MAYER (M.)		LAPLANE (R.)
Obstétrique	MERGER (R.)	Pharmacologie	MARIE (J.)
	RAVINA (J.)		LEVY (M ^{lle} J.)
	VARANGOT (J.)		Pr. s. ch.
	OFFRET (G.)	Physiologie	CHEYMOL (J.-H.)
Ophtalmologie	DESIGNES (P.)		BARGETON (D.)
	HALPHEN (E.)		PARROT (J.-L.)
	Pr. s. ch.	Physique médicale ...	DOGNON (A.)
Oto-rhino-laryngologie.	MADURO (R.)		Pr. s. ch.
	BRUMPT (L.)	Psychiatrie	DJOURNO (A.)
Parasitologie	CHABAUD	Psychiatrie infantile ..	GOUGEROT (L.)
Parasitologie coloniale	ABOULKER (P.)	Stomatologie	BARUK (H.)
	BAUMANN (J.)	Thérapeutique	MICHAUX (L.)
Pathologie chirurgicale }	GOSSET (J.)		CHAPUT (M ^{me} A.)
		Urologie	BROUET
			chargé de l'enseignement
			KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS HONORAIRES et AGRÉGÉS
RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM. BASSET (A.) (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (A.) (Obstétrique)
GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORIER (V.) (Obstétrique)
VAUDESCAL (R.) (Obstétrique)

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS
CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale. . .	AMELINE (A.)	Clinique médicale. . .	LENÈGRE (J.)
	FUNCK-BRENTANO (P.)		MARCHAL (G.)
	MÉNÉGAUX (G.)		MOUQUIN (M.)
	PATEL (J.)		SOULIÉ (E.)
Clinique médicale. . . .	SICARD (A.)	Clinique obstétricale. .	DIGONNET (L.)
	BOULIN (R.)		ECALLE (G.)
	BROUET (G.)		LACOMME (M.)
	CACHERA (R.)		SUREAU (M.)
	DELARUE (A.)	Clinique ophtalmologique . . .	RENARD (G.)
	GARCIN (J.)	Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
	HAGUENAU (M.)	Clinique urologique. . .	COUVELAIRE (R.)

	MM.
Secrétaire de la Faculté. . . .	MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint	M ^{lle} CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef.	Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires	M ^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.) LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAVIER

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN COTTET

Qui nous a inspiré cette thèse et nous
a aidé avec tant de dévouement dans sa
réalisation.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance.

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES DE LYON ET DE PARIS

AU MÉDECIN GÉNÉRAL CHAVIALLE

A MES CAMARADES DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A tous les Médecins français et étrangers qui ont eu l'amabilité
de nous envoyer des renseignements et à tous ceux qui
nous ont aidés dans la rédaction de cette thèse.

A Madame le D^r CASTETS et à tout le personnel des Laboratoires
Thérapiex qui se sont dévoués pour nous.

INTRODUCTION

Ce modeste travail qui nous a été inspiré par M. Jean Cottet se propose deux buts :

- 1° Connaître le nombre approximatif de lépreux dans le monde;
- 2° Savoir quelles sont les thérapeutiques employées dans les différents pays où sévit cette maladie.

Il n'a pas la prétention de fournir le nombre exact de lépreux dans le monde : ce nombre est en effet inconnu et il est frappant de constater que les chiffres proposés par les léprologues les plus qualifiés se situent entre des extrêmes très éloignés; c'est ainsi que nous avons relevé :

- Heiser et Sticker : 2.000.000;
- Burnet, Rogers et Muir : 5.000.000;
- Oberdoerffer : 7.000.000;
- M. Follereau estime, lui, qu'il y a au moins 10.000.000 de lépreux sur notre globe, dont 15 à 20.000 en Europe (1).

Nous n'avons pas voulu faire ici œuvre de compilation mais plutôt apporter une contribution à cette immense tâche qu'est le recensement des lépreux en fournissant quelques chiffres et renseignements récents sur le sujet. Pour cela nous avons adopté la solution la plus simple qui était de s'adresser directement aux personnes compétentes et nous avons écrit à une centaine de léprologues de tous les pays, leur posant les trois questions suivantes :

- 1° Quel est le nombre officiel de lépreux dans votre pays ?
- 2° Quel nombre estimez-vous être le plus près de la vérité ?
- 3° Quel est le traitement qui vous donne les meilleurs résultats ?

Nous avons reçu environ 70 réponses, dont certaines d'ailleurs font double emploi : c'est ainsi que pour l'Inde, les Etats-Unis... nous avons écrit à plusieurs personnes.

C'est donc un résumé (malheureusement un peu court et nous nous en excusons auprès des auteurs) de tous les documents reçus que nous présentons ici, après en avoir demandé l'autorisation à leurs auteurs dont les noms seront cités pour chaque pays.

De plus nous sommes allés au Ministère de la France d'outre-mer où le Médecin-Colonel Garcin a mis aimablement à notre disposition les rapports des différents territoires de l'Union Française (2).

Nous avons rendu visite, à l'Institut Pasteur de Paris, à M. Chaussinand dont les conseils nous ont été fort utiles.

Enfin nous sommes allés voir M. Follereau, Président de l'Ordre de la Charité dont l'activité immense s'étend à tous les lépreux, sans distinction de couleur ni de pays; il nous a remis le texte de son émouvante communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques (séance du 18 février 1952); nous avons eu également par lui le « Directory of Leprosaria » (3) mis au point par le Mission Secretariat d'après les renseignements trouvés dans le « International Journal of Leprosy » et le « Global Epidemiology » : c'est une liste très documentée et à jour de toutes les léproseries du monde des types A, B, C, D, E (c'est-à-dire les institutions catholiques avec ou sans subsides des gouvernements, les institutions gouvernementales avec des sœurs ou frères catholiques ou tout au moins un aumônier catholique ou protestant et les institutions protestantes avec ou sans subsides : autant dire toutes les léproseries) avec le nombre de malades traités dans chacune d'entre elles et une estimation du nombre de lépreux pour

chaque pays.

Cette thèse, après un très court aperçu historique, est partagée en deux chapitres : l'un statistique, l'autre thérapeutique. Seuls y figureront les pays pour lesquels nous avons pu obtenir directement des renseignements. Ce n'est que dans la conclusion que nous ferons figurer dans un tableau récapitulatif les autres pays avec des chiffres empruntés au « Directory of Leposaria ».

HISTORIQUE

Ce chapitre historique sera nécessairement très court puisqu'il n'existe pas, du moins à notre connaissance, d'ouvrage d'ensemble sur la lèpre dans le monde avant notre siècle. La littérature a toujours, depuis Moïse, été très riche en détails pittoresques sur la lèpre que l'on a décrit cliniquement sous des noms variés (leucé, éléphantiasis, spedalskhed); nous sommes également très renseignés sur les mesures prophylactiques qui ont de tous temps accompagné cette maladie généralement considérée par les anciens et les peuplades primitives comme une malédiction divine envoyée en punition d'une transgression de la loi, chez les Juifs notamment.

Par contre si l'on y cherche des renseignements numériques, on va au devant des plus grandes déceptions.

On sait par Tacite que les Hébreux auraient été chassés d'Egypte parce qu'ils étaient infestés de lèpre et Manéthon, prêtre et historien égyptien du III^e siècle av. J.-C., chiffre à 80.000 le nombre des lépreux à l'époque de l'exode [cité par Chaussinand (4)].

Ensuite nous nous retrouvons au moyen âge et Mathieu Paris nous affirme qu'il n'y avait pas moins de 19.000 léproseries dans toute la chrétienté : au XIV^e siècle il y en avait 59 dans le seul diocèse de Paris, 237 dans le département du Pas-de-Calais, 218 en Normandie, 89 dans le diocèse du Mans... [chiffres cités par Jeanselme (5)] Ces chiffres, s'ils ne nous renseignent pas directement sur le nombre de lépreux existant alors, nous montrent au moins qu'il devait être fort important dans l'Europe de ce temps-là.

Les premiers chiffres précis datent du XIX^e siècle et Jeanselme nous dit que l'Inde comptait 124.294 lépreux en 1885, Hawaï 230 en 1865, la Jamaïque 450 en 1891, l'Egypte 1.018 en 1882, les Canaries 600 en 1861, le Canada 230 de 1815 à 1890, la Norvège 2.856 en 1856, etc...

Nous ne nous attarderons pas sur ces renseignements fragmentaires et arrivons de suite aux chiffres qui nous sont récemment parvenus.

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE STATISTIQUE

AMÉRIQUE

U.S.A. — Renseignements fournis par le D^r P. Erickson, M.D., le D^r Kellersberger, M.D., American Leprosy Missions et le D^r Eugène P. Payne, M.D. :

Le nombre de lépreux aux Etats-Unis est faible : il est estimé entre 1.000 et 2.000 par les deux premiers auteurs, entre 4.000 et 5.000 par le troisième.

Ces cas sont surtout cantonnés dans les Etats qui bordent le Golfe du Mexique : Louisiane, Texas, Floride et Californie.

On compte de plus 500 cas environ répartis entre Hawaï, Panama, les îles du Pacifique Sud et les Antilles.

Le National Leprosarium de Carville (Louisiane) héberge 400 lépreux, les autres malades étant traités dans les dispensaires ou par leur médecin personnel. Le D^r Payne estime que 25 % au moins des malades sont en traitement, les autres le refusant ou l'ayant abandonné ou encore n'ayant pas été diagnostiqués.

MEXIQUE. — Renseignements fournis par le D^r José Barba Rubio :

Nous avons reçu les documents très complets où sont étudiés tous les aspects de la lèpre au Mexique : historique (invasion des conquérants espagnols et immigration asiatique sur la côte du Pacifique, responsables de l'introduction de la lèpre au Mexique; fondation à Mexico en 1528 de la première léproserie par le conquérant Hernan Cortès, celle de l'hôpital de San Lazaro par un médecin espagnol catholique, le D^r Pedro Lopez; isolement en 1851 de la forme dite lépromateuse diffuse pure, type « Lucio », etc...), aussi bien que géographique, scientifique et thérapeutique.

La République mexicaine a une superficie approximative de 2.000.000 de kilomètres carrés avec 30.000.000 d'habitants. Les résultats statistiques de 1951 n'étant pas encore parus, ce sont ceux de 1946 que le D^r Barba Rubio nous envoie : 8.177 lépreux pour 21.342.315 habitants que le Mexique comptait à cette époque, soit 0,383 cas pour 1.000 habitants.

L'Etat de Jalisco compte le plus grand nombre de cas : 1.982 recensés jusqu'à la fin février 1952.

L'estimation du nombre de Lépreux est de 30 à 40.000 (D^r Latapi et D^r Barba Rubio).

Grâce à la création récente de l'Ecole dermatologique fondée par le D^r Latapi et qui enseigne des connaissances modernes sur la lèpre, grâce à l'efficacité des sulfones, à l'abolition de l'impitoyable campagne antilépreuse nationale et au meilleur équipement des centres dermatologiques, chaque jour un plus grand nombre de lépreux accourt se faire traiter.

Aussi la lèpre est elle vraisemblablement en régression au Mexique.

Distribution des cas de lèpre suivant la race :

Métis	96,11 %
Blancs	3 %
Indigènes	0,89 %

Distribution suivant les conditions économiques et sociales (hygiène, alimentation, promiscuité...) :

Mauvaises	85,62 %
Moyennes	10,59 %
Bonnes	3,79 %

Distribution suivant les formes cliniques :

Lépromateuse	72,18 %
Tuberculoïde	17,76 %
Indéterminée	7,90 %

COSTA-RICA. — Renseignements fournis par le D^r Oscar Vargas Mendes et le D^r Arturo Romero :

Les chiffres officiels pour l'année écoulée sont :

Malades en léproseries	148
Malades soignés en dispensaires	105
Malades ambulatoires	91
Malades enfuis	4

348

En estimant qu'il y a un nombre au moins égal de lépreux non recensés, on arrive au total probable de 700.

SAN SALVADOR. — Renseignements fournis par le D^r Juan Allwood Paredes, Directeur général de la Santé, le D^r Antonio Carranza Amaya et le D^r Iglesias y Betancourt.

La République de San-Salvador a une population de 2.000.000 d'habitants et elle compte actuellement 54 lépreux recensés plus 22 suspects. Le D^r Paredes estime le chiffre total à 152 : 56 de ces malades sont traités, 8 hospitalisés à l'hôpital Rosales, les autres à titre ambulatoire. Il y a également en traitement 8 malades de la République de Honduras et 1 de la République du Nicaragua.

CUBA. — Renseignements fournis par le D^r Pardo Castello et le D^r M. A. Gonzales Prendes :

Le territoire de Cuba est peuplé de 5.500.000 habitants pour une superficie de 114.524 kilomètres carrés. Le nombre de lépreux estimés est de 5.000 ce qui donne un indice de 0,99 pour 1.000 et de 4,37 lépreux pour 100 kilomètres carrés.

Les malades officiellement recensés sont au nombre de 3.441, soit 0,53 pour mille.

Le D^r Prendes nous envoie plusieurs tableaux étudiant la répartition de la maladie en fonction de l'âge, à la race, nationalité, de l'état civil, le métier, le standard de vie, la forme clinique de la maladie. Voici les plus caractéristiques :

Répartition suivant l'âge :

0 à 15 ans	259
16 à 20 ans	289
21 à 30 ans	716
31 à 40 ans	597
41 à 50 ans	356
61 à 70 ans	240
plus de 70 ans	36

On voit que l'atteinte maximum a lieu entre 21 et 30 ans mais que la même proportion se maintient sensiblement de 16 à 40 ans.

Répartition suivant la race :

Blanche	1.758
Noire	378
Métisse	523
Mongole	12

Répartition suivant la profession :

Paysans	676
Travailleurs domestiques	915
Autres professions	1.080

Répartition suivant le standard de vie :

Bon	276
Moyen	828
Mauvais	1.575

Ce dernier tableau, particulièrement évocateur, met l'accent sur l'aspect

social de la maladie qui frappe surtout les classes pauvres dans un pays donné. On remarquera par contre (remarque orale du D^r Shelley au D^r Cottet) qu'il n'y a pas de rapport entre la pauvreté d'un pays et la fréquence de la lèpre dans ce pays : c'est ainsi qu'il y a peu de lépreux à Chypre et que la lèpre a presque disparu en Perse alors qu'elle y était très fréquente il y a 4.000 ans.

Répartition suivant les formes cliniques :

Lépromateuse	1.455
Indéterminée	616
Taberculoïde	570

Parmi ces 3.441 malades, 770 sont isolés dans deux léproseries (400 à San-Lazaro et 370 à San-Luis-de-Jagua) et 2.671 sont ambulatoires dont 1.786 traités ce qui donne un pourcentage de 71,38 de malades traités.

GADELOUPE. — Renseignements fournis par les D^{rs} Sautet et Mauzé :

Pour une population de 300.000 âmes, on comptait au 1^{er} janvier 1951 1.158 lépreux recensés et traités parmi lesquels 143 ont été dépistés pendant l'année 1950 par les différents dispensaires du département et celui annexé à l'I.P. de Pointe à Pitre.

En plus, il faut évaluer à 800 ou 1.000 le nombre des malades non ou mal traités, ce qui fait un total de 2.000 lépreux dans l'île. L'acroissement des moyens matériels dont disposent les médecins permettrait un meilleur dépistage : augmentation du nombre de dispensaires, du personnel auxiliaire, du matériel roulant, meilleure éducation sanitaire de la population, telles sont les mesures préconisées.

MARTINIQUE. — Renseignements fournis par le D^r Montestruc :

Du 1^{er} janvier 1934 au 31 décembre 1950, 1.086 lépreux ont été dépistés à la Martinique. Si on tient compte des décès survenus, il reste environ 1.000 lépreux recensés. Il y en aurait en tout 1.500. Le dispensaire de l'I.P. a permis de dépister en 1950 127 nouveaux cas, alors que la moyenne des années précédentes n'était que de 63 : il faut voir là non un signe d'augmentation de l'endémie lépreuse mais surtout une meilleure volonté des malades à se faire soigner quand ils ont constaté les résultats des traitements actuels.

Ces 127 nouveaux cas, résultat de 1.374 examens de mucus nasal, de sérosité dermique, de coupes histologiques, se répartissent en :

40 lépromateux dont	40 B.H. +
74 indifférenciés dont	12 B.H. +
13 tuberculoïdes dont	3 B.H. +

Répartition suivant l'âge : 53,3 % des cas sont âgés de moins de 20 ans, ce qui permet de classer la Martinique (de même que les Indes, le Nigeria, Hawaï, l'Afrique du Sud, la Chine, la Guyane française...) parmi les pays à lèpre précoce, ce qui est un signe d'endémie très active.

Parmi ces 68 moins de 20 ans, il y a :

23 lépromateux	(23 B.H. +)
37 indifférenciés	(5 B.H. +)
7 tuberculoïdes	(1 B.H. +)

On note parmi ces nouveaux malades 12 cas de lèpre familiale dont un de lèpre conjugale pour la première fois depuis 17 ans.

Ces chiffres semblent permettre de dire que c'est dans le jeune âge et dans le milieu de cohabitation infecté que se fait la contagion.

ARGENTINE. — Renseignements fournis par le D^r Leonidas Llano :

Le nombre de lépreux inscrits en République Argentine est de 9.000, ce qui doit porter le nombre total à 12.000.

L'indice endémique global est de 0,52 pour mille mais il atteint jusqu'à 2,50 pour mille dans certaines provinces.

Le pourcentage de malades traités est presque de 100 % des inscrits car une loi nationale rend le traitement obligatoire et gratuit. Cette même loi oblige les

contagieux à être isolés et le pays dispose à cet effet de six sanas avec plus de 3.000 lits.

BOLIVIE. — Renseignements fournis par le D^r Jorge Suárez :

Le nombre de lépreux actuellement recensés en Bolivie est de 616. Si on applique la règle de Deney on peut estimer le nombre réel à 1.200. Les malades connus sont originaires des zones tempérées et tropicales et il n'existe pas un cas provenant des hautes plaines où la lèpre est inconnue, ceci étant dû vraisemblablement à des facteurs météorologiques et climatologiques encore à l'étude.

BRESIL. — Renseignements fournis par le D^r Ernani Agricola, Directeur du Service national de la lèpre :

Au 31 décembre 1950 on connaissait 60.967 lépreux au Brésil. Les indices sont variables suivant les régions :

Nord	3,70 pour mille
Nord-Est	0,30 pour mille
Est	1,00 pour mille
Centre-Ouest	1,20 pour mille
Sud	1,50 pour mille

Quant aux formes contagieuses, elles représentent 57,8 % du total.

Parmi ces 60.967 malades :

22.954 sont internés en léprocômes;

443 sont isolés à domicile;

23.946 sont sous la surveillance de dispensaires;

13.624 sont sans contrôle.

2.458 personnes sont délivrées d'isolement et continuent à être suivies par les dispensaires.

45.000 lépreux sont traités, soit environ 75 % des malades connus.

CHILI. — Renseignements fournis par le D^r Marcos Charnes :

Il n'existe pas de lépreux au Chili, au moins dans la partie continentale, car il en existe quelques-uns dans l'île de Pascua, qui est très loin du continent. Cette île compte 770 habitants dont 741 natifs de l'île. En 1947 il y avait 40 lépreux et en 1951, 35 tous isolés en léproseries. 24 d'entre eux sont âgés de moins de 25 ans.

GUYANNE FRANÇAISE. — Renseignements fournis par le D^r Floch :

La Guyane Française compte 30.000 habitants parmi lesquels il y avait au 31 décembre 1951 1.366 lépreux. Le D^r Floch nous rassure tout de suite en disant que cet indice apparemment très élevé (45,5 pour mille) est dû en réalité à un excellent dépistage qui devrait permettre, s'il était aussi poussé en Afrique Noire, d'y retrouver des chiffres semblables. Les deux tiers de ces lépreux sont non contagieux (indifférenciés et tuberculoïdes). Le nombre total de malades traités a triplé depuis 1936 ce qui est dû à l'emploi des sulfones : le pourcentage est actuellement de 50 %.

GUYANE HOLLANDAISE. — Renseignements fournis par le D^r S.I. Bueno de Mesquita :

Au 31 décembre 1951 il y avait en Surinam 1.113 lépreux officiels pour 221.341 habitants, se répartissant en :

782 natifs de l'île pour	116.347 habitants
213 « east-indians » pour	66.824 habitants
118 indonésiens pour	38.165

Le nombre total estimé est de 1.250 soit 5,6 pour mille. 775 malades sont traités.

PEROU. — Renseignements fournis par le D^r Hugo Pesce, Chef du Département de la lèpre :

Il y avait au Pérou, à la date du 30 septembre 1951, 1.127 cas officiels, 3.400

estimés, soit un indice de 0,92 pour mille dans les régions atteintes et de 0,40 pour mille si on considère tout le Pérou.

Répartition suivant les formes cliniques :

Lépromateux	64,51 %
Tuberculoïdes	8,07 %
Indifférenciés	25,02 %
Non classés	2,40 %

La prédominance des formes lépromateuses est plus accentuée dans les régions de forêts, plus récemment infectées, moins accentuée dans la Sierra et encore moins sur la côte qui fut contaminée lors de la conquête et qui présente une endémie tuberculeuse plus importante. On peut voir en effet sur la carte en couleurs que nous envoie le D^r Hugo Pesce et que nous ne pouvons malheureusement pas reproduire ici que sur 3.400 cas, 2.760, soit plus des trois quarts, se trouvent dans les régions de forêts.

Il y a 550 isolés : 450 à San-Paolo, 50 à Huambo, 50 à Lima. De plus existent sept centres antilépreux régionaux qui assurent le traitement des ambulatoires. En tout 687 malades sont traités.

VENEZUELA. — Renseignements fournis par le D^r Jacinto Convit :

7.485 lépreux sont recensés au Vénézuéla dont 3.887 lépromateux et 3.598 indéterminés et tuberculoïdes. 1.650 sont hospitalisés et 5.835 sont suivis dans les dispensaires.

EUROPE

CHYPRE. — Renseignements fournis par le D^r Horace M. Shelley, Directeur de la Santé pulique :

Il y a environ 200 lépreux à Chypre pour une population de 500.000 habitants, soit un indice de 0,4 pour mille.

90 malades sont traités.

ESPAGNE. — Renseignements fournis par le D^r Félix Contreras Duenas :

Le recensement de 1949 révélait 1.879 lépreux, 1.243 en 1950, 2.600 en 1951, ce qui donnera, quand on connaîtra le résultat de la dernière inspection générale, environ 3.000 lépreux fin 1951. En faisant un recensement méticuleux avec un personnel compétent plus nombreux, il serait sans doute possible de trouver 5.000 et peut-être même 6.000 lépreux.

En 1949, sur 1.879 lépreux, le quart seulement (523) était âgé de moins de 30 ans: quant à la situation sociale, ce sont évidemment les classes pauvres qui fournissent les chiffres les plus élevés.

Si on considère les formes cliniques, on trouve 732 lépronateux, 143 tuberculoïdes, 138 indéterminés, les autres ne sont pas classés. 698 lépreux étaient hospitalisés fin 1949, 610 étaient à leur domicile et 433 échappaient à tout contrôle.

A l'heure actuelle, 2.000 malades sont traités.

GRECE. — Renseignements fournis par le Professeur Markianos :

Il existe actuellement 936 lépreux connus en Grèce et peut-être un nombre égal de malades inconnus. De toute façon la lèpre est en régression.

Ces malades sont tous hospitalisés :

261 à la léproserie de Spinalonga;

72 à la léproserie de Samos;

31 à la léproserie de Chios;

572 à la station antilépreuse d'Athènes.

Ces cas sont également répartis entre les deux sexes.

ITALIE. — Renseignements fournis par le D^r Maurizio Terni :

En Italie les lépreux sont généralement hospitalisés aux frais du gouverne-

ment dans une des quatre villes suivantes : Gênes, Bari, Cagliari (Sardaigne) et Messine (Sicile).

Les lépreux qui ne sont plus considérés comme contagieux peuvent être soignés chez eux mais peuvent être de nouveaux hospitalisés d'office par décision des autorités sanitaires compétentes.

Les chiffres officiels sont les suivants :

En 1947 : 364 cas.

De 1925 à 1948, 839 nouveaux cas furent signalés soit une moyenne de 35 cas par an. De 1925 à 1939 : 64 cas par an; pendant la guerre : moins de 10 cas par an; après la guerre : 22 cas par an en moyenne. Mais l'auteur dit que ces chiffres ne signifient pas réellement une amélioration dans la situation de la lèpre.

La carte qui accompagne l'article du D^r Terni montre la prédominance de l'endémie dans quatre régions :

1° Le Nord de l'Italie, dans les régions côtières de la Méditerranée et de l'Adriatique (Gênes et Padoue);

2° Le Sud de l'Italie : Bari, Salerne, Cosenza, Tarente, Reggio de Calabre;

3° La Sicile : Trajani, Messine, Syracuse;

4° La Sardaigne avec la plus forte densité (Cagliari).

Parmi les 364 recensés en 1947 :

84 sont d'origine étrangère, soit	23 %
175 sont d'origine autochtone, soit	48 %
105 sont d'origine inconnue, soit	29 %

Il y a plus d'hommes que de femmes atteintes et pour les premiers c'est entre 20 et 29 ans et entre 50 et 59 ans que l'on trouve le maximum de cas.

Quant à la profession : 25 % seraient des paysans et 3 % des travailleurs.

NORVEGE. — Renseignements dus aux D^{rs} Melsom et Ustvedt :

Il ne reste actuellement que 10 lépreux en Norvège, parmi lesquels 9 sont isolés et le 10^e, considéré comme guéri, réside à son domicile.

PAYS-BAS. — Renseignements fournis par le D^r Van Kesteren :

Il y a environ 110 à 115 lépreux aux Pays-Bas, dont 104 sont enregistrés à Rotterdam.

80 % de ces malades sont traités, les autres seulement contrôlés.

Tous sont originaires des pays tropicaux, on ne connaît pas de cas autochtones aux Pays-Bas.

AFRIQUE

AFRIQUE OCCIDENTALE FRANÇAISE. — Renseignement fournis par le Médecin Commandant Lauret de l'Institut Marchoux ainsi que par le rapport annuel de 1950 :

La lutte antilépreuse est assurée en coopération étroite par le S.G.H.M.P. (Secteur général d'hygiène mobile et de prophylaxie) et l'A.M.I. (Assistance médicale indigène).

Le nombre total de lépreux est estimé par le Médecin Colonel Laviron à 200.000. Un gros effort a été effectué ces dernières années aussi bien au point de vue dépistage qu'au point de vue traitement puisque les chiffres respectifs sont :

100.000 recensés en 1951 contre 30.000 en 1946;
40.000 traités en 1951 contre 4.700 en 1946.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des malades suivant le pays :

PAYS	TOTAL DES			
	LÉPREUX DÉPISTÉS en 1950	LÉPREUX VIVANTS fin 1950	HOSPITALISÉS	TRAITÉS
Côte d'Ivoire ..	2.719	15.149	1.471	3.847
Dahoméy	2.624	16.736	477	3.887
Guinée	3.771	19.426	509	9.088
Haute-Volta	6.380	39.563	408	17.883
Mauritanie	35	62		17
Niger	539	1.204	316	398
Sénégal	1.713	5.005	496	1.729
Soudan	2.361	16.468	62	2.896
TOTAL	20.142	103.665	3.739	39.763

Le nombre de centres de traitement est passé de 1949 à 1950 de 254 à 297 et celui des léposeries et formations hospitalières de 43 à 50.

L'indice lépreux est en moyenne de 1,23 pour mille; il varie de 0,31 (Côte d'Ivoire) à 4,2 (secteur de Batié). Cet indice semble augmenté quand on se rapproche du centre de la Fédération : les régions côtières et forestières sont peu infectées de même que le Niger.

TOGO. — Renseignements pris dans le rapport annuel 1950 du Service de Santé :

Le nombre de lépreux au Togo s'élève à 9.557, dont 3.213 sont traités régulièrement. Les malades perçoivent une allocation mensuelle variable suivant leur degré d'invalidité et leur assiduité aux séances de traitement.

Il existe deux villages de ségrégation :

Kolowari 350 lits

Akata 200 lits

où sont pratiqués l'élevage familial et l'exploitation de petites plantations.

L'ensemble des malades vus par le S.G.H.M.P. en 1950, dans les huit secteurs du Togo, s'élève à 4.120 dont :

1.727 tuberculoïdes;

464 lépromateux;

1.929 indéterminés.

AFRIQUE EQUATORIALE FRANÇAISE. — Renseignements fournis par le Médecin Colonel Lotte, Directeur du S.G.H.M.P. de Brazzaville :

Le Médecin Colonel Lotte nous a envoyé des documents très intéressants et notamment une magnifique carte en couleurs que nous ne pouvons malheureusement pas reproduire ici et qui montre l'étendue des secteurs prospectés et l'indice suivant chaque secteur.

La population totale de l'A.O.F. est de 4.500.000 habitants, dont un tiers environ (1.474.968) a été visité en 1951, révélant l'existence de 27.907 lépreux; une simple règle de trois permettrait de supposer qu'il y a 87.000 lépreux en A.E.F. mais compte tenu du fait que les régions non prospectées ont vraisemblablement un indice inférieur aux régions déjà visitées (les régions non prospectées sont principalement dans le Tchad et les zones de grandes forêts de l'Ogoové), le Médecin Colonel Lotte estime qu'il y a environ 50.000 lépreux en A.E.F.

Jusque là on a dépisté :

288 lépreux au Gabon, soit un indice de 0,84 %

2.948 lépreux au Moyen-Congo, soit un indice de .. 1,19 %

11.423 lépreux en Oubangui-Chari, soit un indice de 3 %

3.864 lépreux au Tchad, soit un indice de 1,25 %

CAMEROUN. — Renseignements tirés du rapport du Service de Santé 1950 :

En 1950, 706 lépreux ont été dépistés, ce qui porte le total de lépreux connus à 23.564, soit un indice de 8 pour mille. Environ 5.000 d'entre eux sont traités dont 4.500 en colonies agricoles, le reste à domicile, en dispensaire, ou dans les formations de l'A.M.I.

MADAGASCAR. — Extrait du rapport du Service de Santé 1950 :

Le nombre de lépreux existant à Madagascar ne figure pas dans ce rapport mais l'on y voit qu'en 1950 il a été vu 930 lépreux atteints de lèpre nerveuse (consultants et hospitalisés), 6.480 lépreux atteints de lèpre cutanéomuqueuse, 153 lépreux atteints de lèpre latente. Ces chiffres comprennent 18 Européens.

COTE FRANÇAISE DES SOMALIS. — Extrait du rapport du Service de Santé 1950 :

4 cas de lèpre ont été signalés en 1950. On manque de renseignements précis mais la lèpre est en réalité très rare en C.F.S. et la plupart du temps il s'agit de lépreux évadés de la léproserie du Harar et d'origine éthiopienne.

LA REUNION. — Renseignements fournis par le D^r Dorenlot, Chef du Service départemental de Dermato-Vénérologie.

Aucun travail d'ensemble n'a encore été fait sur le sujet qui nous intéresse.

40 malades, presque tous lépromateux connus depuis longtemps et dépourvus de moyens d'existence, sont hospitalisés à la léproserie de la Montagne Saint-Denis. Ce chiffre ne renseigne d'ailleurs nullement sur l'endémicité lépreuse dans l'île.

Depuis son arrivée, datant de quelques mois, le D^r Dorenlot a ouvert de nombreuses consultations mais les malades n'ont pas encore pris l'habitude de venir se faire soigner régulièrement. Il estime à 1.000 au grand maximum le nombre total de lépreux pour 270.000 habitants.

CONGO BELGE. — Renseignements fournis par le P^r A. Dubois et extraits du rapport 1950 du Service de Santé :

Le P^r Dubois estime l'indice lépreux au Congo Belge à 10 pour mille, soit 100.000 malades, dont 15 % seulement de lépromateux. Il signale que cet indice est surtout élevé dans les zones de forêt où la chute des pluies dépasse 1.600 mm. par an (faits signalés également par Rogers aux Indes Britanniques). Le rapport 1950 signale que l'organisation des léproseries et villages agricoles s'améliore constamment et que le nombre de ségrégés s'est accru de 20 % par rapport à l'année précédente : il atteint actuellement 27.722, soit plus du quart des malades. Il y a actuellement 71.850 malades traités par les différents organismes gouvernementaux, religieux ou privés (47.344 par les services itinérants du gouvernement). L'endémie lépreuse reste stationnaire si on considère les moyens accrus de prospection mis en œuvre.

NIGERIA ANGLAISE. — Renseignements fournis par les « Nigeria Lepory Service Headquarters » :

Les estimations du nombre de lépreux en Nigéria vont de 200 à 400.000 mais le premier chiffre est probablement plus juste. 60.000 de ces malades sont actuellement traités régulièrement.

GUINEE ANGLAISE. — Renseignements fournis par le D^r Wharton :

Il y a environ 1.000 lépreux de tous types en Guinée anglaise.

UNION SUD-AFRICAINE. — Renseignements dus au P^r Barnetson et au D^r Davison :

Le nombre de lépreux hospitalisés au 30 juin 1951 était de 2.184. Le nombre de cas non diagnostiqués ou non hospitalisés est évalué à 1.200, d'où un total de

3.384 et un indice de ± 3 pour mille.

EGYPTE. — Renseignements fournis par le D^r Dalgamouni, Director of Leprosy Control Section, Ministry of Public Health :

Le D^r Dalgamouni estime à 30.000 environ le total des lépreux en Egypte, soit un indice de 15 pour 10.000. En réalité tout le pays n'a pas été prospecté et à la fin de 1951 on avait recensé 13.123 lépreux, soit un indice officiel de 7 pour 10.000. 1.000 malades sont isolés en colonies de ségrégation et plus de 3.000 traités dans les dispensaires, ce qui donne un pourcentage de 25 % de malades régulièrement traités.

ASIE

LIBAN. — Renseignements fournis par le P^r Advier :

On connaît très mal le nombre de lépreux au Liban. Les chiffres officiels sont de 11 cas pour 1.200.000 habitants (1 cas dans la subdivision Nord et les 10 autres dans la subdivision de la Bekaa, entre les monts du Liban et de l'Anti-Liban).

Le P^r Advier nous signale l'existence d'un foyer autochtone à Zahlé (au centre de la Bekaa) et un autre un peu plus important autour de Tyr et de Saïda. Chacun de ces foyers comprendrait une à deux dizaines de lépreux.

Il existe par ailleurs à Beyrouth et dans les environs quelques lépreux ayant contracté leur maladie au Brésil mais qui, depuis leur retour, n'ont pas, semble-t-il, contribué à répandre la maladie qui reste rare au Liban.

Il n'existe pas de léproserie et les malades sont soignés, généralement à titre externe à l'Hôtel-Dieu de France à Beyrouth, ou par leurs médecins personnels et alors ils ne tiennent pas à être signalés.

SYRIE. — Renseignements fournis par le D^r Aractingi et transmis par le P^r Advier :

Dès que le mal est reconnu, les lépreux de Syrie sont dirigés sur la cité Jardin, bâtie pour eux en 1930 aux environs de Damas : elle abrite actuellement 68 malades pour 3.072.382 habitants, plus 30 autres malades provenant du Liban, de Palestine, et d'Alexandrette, ce qui fait en tout 98 malades (63 hommes et 35 femmes).

ISRAEL. — Renseignements fournis par le D^r F. Sagher :

Il y a en Israël 70 lépreux connus, probablement 30 non dépistés, soit 100 malades en tout.

Tous les cas connus sont en traitement, dont 50 sont hospitalisés à l'hôpital Hansen de Jérusalem.

IRAN. — Renseignements fournis par le D^r Baltazard :

Le recensement des lépreux n'est pas fait en Iran. Il n'existe qu'une léproserie, près de Méched, qui groupe actuellement quelque 200 lépreux. Le reste se promène en liberté.

En réalité la lèpre ne semble plus très fréquente en Iran.

INDES. — Renseignements fournis par les D^{rs} Cochrane, Muir et un troisième léprologue dont nous n'avons pu lire le nom. De l'avis de ces trois lépro-

logues un nombre même approximatif est difficile à fixer pour cet immense pays. Il semble que 1.500.000 soit un chiffre raisonnable. Il y aurait 300.000 lépreux dans la seule présidence de Madras.

En général, 10 à 20 % de ces malades seulement sont traités, soit 50.000 environ pour l'Inde.

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DE L'INDE. — Renseignements fournis par le D^r Ponnou :

Les fractions de territoire, isolées les unes des autres, groupent 300.000 habitants. 2.000 lépreux ont été dépistés jusqu'ici mais ce chiffre ne représente pas la totalité des cas car il faut tenir compte du caractère nomade de la population qui circule d'un bout de l'année à l'autre du territoire français au territoire indien. L'indice lépreux est de 5 à 6 pour mille. Le pourcentage de malades traités est de 70 %.

BIRMANIE. — Renseignements fournis par le D^r Tha Saing :

Le nombre estimé est de 100.000 lépreux en Birmanie, soit 5 pour mille de la population. Le pourcentage de contagieux serait environ deux fois plus fort qu'aux Indes.

La lèpre est particulièrement fréquente à Kengtung, dans l'Etat de Shan, à la frontière avec la Chine, l'Indochine et le Siam. A peine 1/20 des malades est traité par les méthodes modernes.

MALAISIE. — Renseignements fournis par le D^r Molesworth :

La population de Malaisie est de 5.000.000 habitants. L'indice probable d'infection est de 5 pour mille, soit environ 27.000 lépreux. On trouve un indice plus important chez les enfants, à peu près 10 pour mille, soit 9.000 cas chez les sujets d'âge scolaire (jusqu'à 18 ans).

De tous ces malades 5.000 environ sont activement traités. La colonie du D^r Molesworth abrite 2.343 malades et il y a deux colonies auxiliaires de 400 malades chacune. De plus, on compte de nombreux malades soignés à titre externe dans les différents hôpitaux, l'hospitalisation étant réservée aux cas aigus ou contagieux.

THAÏLANDE. — Renseignements fournis par le D^r Richard S. Buker :

La Thaïlande compterait un minimum de 200.000 lépreux pour 18.000.000 d'habitants quoique le chiffre officiel soit moindre. L'indice serait de 5 à 10 pour mille.

Il y a de 4 à 5.000 malades traités en comptant toutes les organisations.

En réalité, le D^r Buker, après un voyage d'études fait à Kengtung en Birmanie où il a trouvé un indice de 30 pour mille, estime que l'indice de 10 pour 1.000 pour le Siam est bien inférieur à la réalité, car la Thaïlande est à son avis plus infestée que sa voisine Kengtung.

INDOCHINE. — Renseignements fournis par l'I.P. de Saïgon :

L'état de guerre dans ce pays empêche qu'un recrutement complet des lépreux y soit fait. Au début, en 1927, on estimait le nombre de lépreux à 30.000, soit 1,5 pour mille. Il semble que ce chiffre soit un minimum par comparaison avec les pays voisins.

Ce que l'on peut dire, c'est qu'en 1948, 6.656 lépreux étaient en traitement dans les hôpitaux, dispensaires et léproseries. En y ajoutant 1.406 malades, soignés au dispensaire annexe de l'I.P. de Saïgon, on arrive au total de 8.062

malades traités, soit 26,8 % du total estimé à 30.000.

JAPON. — Renseignements fournis par le D^r Brunschweiler :

La léproserie nationale compte actuellement 1.120 malades. La lèpre est une maladie très fréquente au Japon. La majorité des lépreux se trouve dans le Sud du Japon et notamment dans l'île de Klasha.

D'après les données du Ministère de la Santé, 213 environ des malades sont hospitalisés alors qu'un tiers vit librement sans contrôle. Le premier recensement médical date de 1947. Le nombre annuel de décès serait de 708. L'âge moyen des malades oscille de 25 à 35 ans et il semble qu'à cet âge une grosse proportion de la population soit atteinte de la lèpre, avec prédominance pour le sexe masculin.

PHILIPPINES. — Renseignements fournis par le D^r José Rodriguez :

L'expérience faite récemment de recensements limités mais sérieux (examen de 99 % de la population) a montré que les estimations fournies jusqu'à présent étaient loin de la vérité.

La population des Philippines est de 19.826.403 habitants. Les proportions respectives des formes lépromateuses et de l'ensemble des formes tuberculoïdes et indifférenciées sont de 55 à 58 % pour les premières contre 42 à 45 % pour les secondes. L'estimation du nombre total de lépreux est de 23.000 dont 11.000 « open » (B.H. +) et 12.000 « closed » (B.H.—). Parmi les premiers, 5.903 sont segregés et 3.772 traités activement. Parmi les seconds 1.850 sont recensés et 750 traités à titre externe.

Océanie

NOUVELLE CALEDONIE. — Renseignements fournis par le D^r Franco, Directeur de l'Institut Gaston-Bourret, Chef du Service de la lèpre :

Depuis 1936 l'endémie se maintient relativement constante et frappe 150 Européens (7.100) et 900 indigènes (30.200). On remarque que le nombre de malades parmi les Européens a légèrement diminué depuis 1915 (où il était de 186), malgré une augmentation de la population européenne. Ce fait est dû à ce que les nombres de décès et celui des nouveaux dépistés se compensent à peu près.

Le D^r Franco conclut à un échec partiel de la prophylaxie ou à un dépistage insuffisant et à une thérapeutique peu efficace surtout chez les indigènes laissés en tribus.

Le dépistage pourrait être amélioré par une organisation rationnelle telle qu'elle existe par exemple en A.O.F. et A.E.F. : elle permettrait d'avoir une idée plus nette de l'endémicité lépreuse dans l'île.

L'isolement doit être rendu le plus agréable possible et le malade relâché dès que les examens bactériologiques se montrent négatifs de manière persistante : c'est ainsi qu'au Sanatorium de Ducos qui compte 200 malades initialement contagieux, la plupart de ceux-ci ont actuellement un mucus nasal négatif et en 1951, 26 sorties conditionnelles ont été autorisées.

ETABLISSEMENTS FRANÇAIS D'Océanie. — Renseignements donnés par le Médecin Lt-Colonel Habert, Chef du Service de Santé :

Pour une population de 56.000 habitants, on comptait au 31 décembre 1951 267 lépreux recensés, chiffre qui doit être considéré comme assez voisin de la réalité. 153 sont isolés à Orofara et à Réao et une partie des autres est isolée à

domicile et traitée.

FIJI. — Renseignements fournis par le Dr C. J. Austin :

L'isolement et le traitement sont obligatoires aux îles Fiji, aussi l'indice y est-il en régression constante depuis 40 ans. Actuellement il existe en tout 774 lépreux, soit 2,6 pour mille dont 399 malades en traitement et 375 déchargés (1 seul Européen en traitement).

Il y a en plus en traitement à Makogai 287 lépreux des îles environnantes dont 2 Européens. En 1919 il y avait 352 malades représentant 2,24 pour mille de la population alors qu'actuellement les 339 malades (en traitement) ne représentent plus que 1,3 pour mille d'une population augmentée. Si on considère les nouveaux cas de lèpre pendant les 40 dernières années groupées par décades, on constate que de 1911 à 1920 ils représentent 0,45 pour mille de la population, de 1921 à 1930 0,36, de 1931 à 1940 0,31 et de 1941 à 1950 seulement 0,18.

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE THÉRAPEUTIQUE

La provenance de ces renseignements est la même pour chaque pays que dans le chapitre précédent.

AMÉRIQUE

U.S.A. — Le National Leprosarium de Carville où l'on a expérimenté depuis 1941 les sulfones substitués (Promine, Diasone puis Promizole) utilise maintenant couramment la Diamino-Diphényl-Sulfone ou Sulfone-mère qui n'est pas toxique aux doses thérapeutiques et présente l'immense avantage d'être de fabrication industrielle facile donc de prix de revient relativement faible.

La Dihydro Streptomycine, associée aux Sulfones, s'est révélée intéressante surtout contre les lésions ulcéreuses des muqueuses. L'Auréomycine, employée seule pendant un an, a entraîné une amélioration nette des lésions spécifiques, de l'état général, ainsi qu'une diminution du nombre des bacilles à l'examen microscopique.

La Thiosemicarbazone, employée chez 5 malades dont 2 lépromateux avancés, a entraîné une amélioration rapide, mais il faut encore attendre pour pouvoir porter un jugement définitif.

D'autres médicaments sont à l'heure actuelle en expérimentation : il s'agit de l'acide paraamino-salicylique, du Lupolon (acide bétalupulique), de l'acide undécylénique, des antihistaminiques et enfin de la Cortisone qui semblerait active sur les réactions lépreuses.

MEXIQUE. — Les mêmes produits sont employés, aucun n'a une activité supérieure à la D.D.S., y compris la thiosemicarbazone et l'acide para-amino-salicylique. D'autres essais sont actuellement en cours sur des produits récemment découverts aux Etats-Unis : les résultats seront présentés au Congrès de Madrid en 1953.

COSTA-RICA. — Toutes les sulfones sont employées notamment la Diasone (associée ou non à la Promine) qui est la base du traitement hospitalier et ambulatoire. La Sulfonazine, la Tiazétazone sont des médicaments pleins de promesses. L'Avlosulfon (Sulfone mère) est plus toxique et ne doit être employée que sous surveillance médicale étroite.

SAN-SALVADOR. — Le traitement employé est actuellement la D.D.S. (sous la forme Avlosulfon) ainsi que la Diasone qui est un peu moins toxique.

CUBA. — La Thiosemicarbazone est encore en expérimentation. La Streptomycine est employée en cas de fièvre lépreuse et la Disulone (D.D.S.) semble donner de meilleurs résultats que les autres sulfones puisqu'elle a permis d'obtenir 66 % de négativations.

GUADELOUPE. — La Disulone, le 2466 RP sont très employés. L'Hydro-chaulmoogréol est associé à la Disulone dans toutes les formes nerveuses. La Livazone TB³ donne de bons résultats. Les extraits placentaires sont des adjuvants très utiles dans la lèpre oculaire.

MARTINIQUE. — Les sulfones sont employées sous toutes leurs formes (D.D.S. surtout), le Chaulmoograte d'éthyle et la Thiosemicarbazone (Livazone) sont également employés.

ARGENTINE. — Toutes les Sulfones sont employées depuis six ans mais la Promine intraveineuse est préférée si elle est bien tolérée car elle semble plus efficace que les autres Sulfones.

BOLIVIE. — Les Sulfones employées sont américaines (Promanide, Diami-

din, Diasone), anglaises (Avlosulfon) et italiennes (Sulfonazina).

BRESIL. — La Sulfone mère est la plus employée. LE T.B. 1 est en expérimentation.

GUYANE FRANÇAISE. — Le Dr Floch a expérimenté successivement les différentes Sulfones américaines puis les Sulfones françaises (notamment la Disulone et l'Exosulfonyl Théraplix) et conclut que ces dernières ont une activité égale ou supérieure aux Sulfones étrangères qui ont donc été abandonnées. Il insiste sur le bas prix de revient de la Sulfone mère (Disulone) sur l'intérêt de l'Exosulfonyl en cas de réaction léprotique. Il étudie le mode d'action des Sulfone monosubstituées (Exosulfonyl notamment) : elles agissent par leur molécule propre plus que par libération de Sulfone mère qui serait de l'ordre de 10 % : d'où l'intérêt d'associer Disulone et Exosulfonyl ce qui permet d'obtenir une quantité de produit actif inchangée avec une toxicité nettement moindre. Il a étudié les véhicules et posologies « retard » : pour la D.D.S. il arrête son choix à une suspension à 12 % de D.D.S. en eau physiologique gélifiée à 2 pour mille, ce qui permettrait de ne faire qu'une injection par semaine.

La D.D.S. peut également s'administrer par voie orale à doses massives : 800 mg. une fois par semaine ou 600 mg. deux fois par semaine, ce qui donne une Sulfonémie très satisfaisante. La tolérance, également satisfaisante, peut être diminuée par l'administration de vitamine PP.

Pour le 1500 F (Exosulfonyl ou sel de Diéthanolamine de la 4 Succinyl-amino 4' amino-diphényl-sulfone) il emploie la solution suivante :

1500 F	5 g.
1 Olyvinyl - 1 Yrolidone	2,5 g.
Polyvinyl-pyrolidone	2,5 g.
Eau distillée (q.s.p.)	20 cc.

dont il injecte 10 cc. 2 fois par semaine par voie intramusculaire; on administrera également avec intérêt de la vitamine PP. Il insiste sur l'intérêt de la sulfonothérapie des formes non contagieuses à titre prophylactique de la forme lépromateuse. Il a également expérimenté le T.B. 1 et conclut que son intérêt résiderait dans l'association avec les Sulfones en cas de réactions léprotique.

GUYANE HOLLANDAISE. — On y emploie la Sulfone mère et également la Diasone, Promine et Promacetine .

PEROU. — Les Sulfones n'ont pas fait abandonner pour autant le Chaulmoogra (que est employée chez 5 % des malades à la dose de 3 à 7 cc. par jour d'ester benzylique par voie intraveineuse), ceci pour deux raisons : certains sujets répondent admirablement au Chaulmoogra qui, à lui seul, a guéri des lépromateux, d'autres malades supportent mal les Sulfones.

VENEZUELA. — On y emploie la D.D.S. et ses dérivés, le T.B. 1 et diverses combinaisons de ces produits.

EUROPE

CHYPRE. — On y emploie la Promizole et la D.D.S.

ESPAGNE. — Le traitement consiste en Sulfones principalement et en T.B. 1 pour quelques malades.

GRECE. — On emploie les Sulfones.

ITALIE. — On emploie les Sulfones, la Streptomycine; d'autres médicaments y sont en expérimentation.

NORVEGE. — On y emploie la Promine.

PAYS-BAS. — La D.D.S. est employée seule ou associée au Chaulmoogra et quelques cas sont traités avec le « Tubercason ».

AFRIQUE

A.O.F. — A l'Institut Marchoux, de Bamako, sont utilisées ou expérimentées les méthodes de traitement suivantes :

1) Huile de Chaulmoogra intraveineuse : 100 % d'amélioration pour les formes lépromateuses;

2) Méthode des Chaulmoogriques associés, créé par l'Institut Marchoux, qui associe trois fois par semaine l'huile de Chaulmoogra sous-cutanée ou intraveineuse (5 cc.) et l'ester de Gorli par voie intramusculaire (4 cc.).

Cette méthode donne 96,7 % d'amélioration pour les formes lépromateuses, 95 % pour les formes tuberculoïdes; elle permet de diminuer la toxicité pour une quantité suffisante de produit actif.

3) Cimédone (3688 RP) : donne de très bons résultats cliniques (100 % d'améliorations) et bactériologiques (le bacille perd ses affinités tinctoriales et se désagrège). Mais son emploi en brousse ne peut être recommandé car les malades ne prennent pas régulièrement les comprimés qu'on leur confie.

4) Suspensions huileuses de D.D.S. dans du Chaulmoograte d'étylène : ne nécessite que deux injections mensuelles; paraît être la formule d'avenir pour le traitement de brousse (permet de traiter plus de malades avec le même personnel). Cette méthode est en cours d'expérimentation.

5) Sulfone mère : Disulone.

On peut faire les mêmes observations que pour la Cimédone avec l'avantage d'une posologie nettement moindre et d'un prix de revient beaucoup plus bas.

6) Exosulfonyle : six cas traités pendant un à deux mois : 100 % d'amélioration.

7) Solufone : trois cas traités pendant huit à quatorze mois : 66 % d'amélioration.

8) T.B. 1 : treize cas traités pendant onze mois ont donné lieu à une publication ne comportant que des résultats favorables.

9) Huile de Chaulmoogra sous-cutanée : 92,3 % d'amélioration pour la forme lépromateuse, 73 % pour la forme tuberculoïde, 92,3 % pour la forme indifférenciée.

CAMEROUN. — La grosse majorité des malades est encore traitée par le Chaulmoogra, 700 seulement par les Sulfones (Cimédone et Disulone). Le bleu de méthylène est également employé associé au Chaulmoogra.

LA REUNION. — Tous les malades sont traités par la D.D.S.

CONGO BELGE. — On emploie la Sulfone mère et l'association T.B. 1 + Streptomycine.

NIGERIA ANGLAISE. — 60.000 malades sont régulièrement traités par la D.A.D.P.S.

GUINEE ANGLAISE. — On emploie la D.D.S. ainsi que la Promine, Diasone et Sulphétrone.

UNION SUD-AFRICAINE. — Le traitement de routine est la D.D.S. On expérimente le P.A.S., la Streptomycine ainsi que l'hydrazide de l'acide isonicotinique.

EGYPTE. — Le traitement consistait jusque là en huile de Chaulmoogra. Récemment on a introduits les Sulfones mères : Disulone (Thérapiex), D.A.D.P.S. (Bayer), Aviosulfone (I.C.I.) et les Sulfones substituées : Promine (P.D.), Diamidine (P.D.), Diasone (Abbotts), Sulphétrone (B.W.), ainsi que les Thiosemicarbazones : Conteben (Bayer).

ASIE

LIBAN. — Le D^r Escher emploie à l'Hôtel-Dieu de France de Beyrouth la Cimédone et la Disulone.

ISRAEL. — Les médicaments utilisés sont les diverses Sulfones, la Thiosemicarbazone et le Chaulmoogra dans quelques cas.

INDES. — On emploie la Sulfone mère de préférence, ainsi que la Sulphétrone.

ETABLISSEMENTS FRANÇAIS DE L'INDE. — Le D^r Ponnou emploie le Chaulmoogra et les Sulfones qu'il expérimente actuellement.

BIRMANIE. — Le Gouvernement prend des mesures pour que le plus grand nombre possible de malades puisse être traité par la D.A.D.P.S.

MALAISIE. — La Sulfone mère donne 90 % d'améliorations cliniques. L'amélioration bactériologique plus lente à se produire. On emploie également : Sulphétrone, Thiosemicarbazone et Chaulmoogra dans quelques cas.

THAÏLANDE. — 1.200 malades sont traités par le Chaulmoogra, 2.500 par la D.D.S., 200 par la Sulphétrone et 200 par le Conteben.

INDOCHINE. — La préférence est donnée à la Sulfone mère.

JAPON. — La thérapeutique la plus répandue et la plus efficace est la Promine par voie intra-musculaire, qui donne la guérison en huit à quinze mois, parfois seulement en deux à trois ans.

Le Sérum anti-lépreux (5 à 10 cc. I.M. une fois par jour) donne de très bons résultats, sans récidives.

Le Chaulmoogra semble beaucoup moins actif.

PHILIPPINES. — Dans l'ordre de fréquence, on emploie : Diasone, Diasone + esters de Chaulmoogra, Diasone + huile de Chaulmoogra, Diasone + Promine, Avlosulfon, Promine, Diamidine, Sulphétrone, Disulone, Sulfabénamide.

OCEANIE

NOUVELLE CALEDONIE. — On employait jusqu'ici la Diasone, la Promine et le Chaulmoogra dans les formes bénignes.

L'emploi généralisé de la Disulone est prévu pour 1952.

ETABLISSEMENTS FRANÇAIS D'OCEANIE. — On employait jusqu'ici : Promine, Promacétine, Promizole, Disulone, Chaulmoogra.

Le traitement à la Disulone a été généralisé depuis 1952.

FIJI. — On emploie la Sulphétrone, la Diamidine et la D.D.S. dont l'emploi se généralise.

On emploie également la Thiacétazone et l'Ethizone sur un petit nombre de malades ne tolérant pas les Sulfones.

CONCLUSIONS

L'essentiel de nos conclusions, tant statistiques que thérapeutiques, se trouve dans le tableau récapitulatif que l'on peut consulter à la fin de ce travail.

1. — *Au point de vue statistique.*

Si l'on additionne les chiffres fournis par nos correspondants d'une part, et ceux tirés du « Directory of Leprosaria » d'autre part (pour les pays pour lesquels nous n'avons pu obtenir de renseignements directs), nous arrivons au total de 4.328.000 lépreux à la surface du globe.

Comment se fait-il que le nombre de lépreux dans le monde (le notre ne pouvant être considéré que comme une grossière approximation) soit passé, d'après les auteurs sérieux de 2 à 5 millions (et même 10 millions pour M. Follereau) en quelques années ?

C'est, à notre avis, parce que la lèpre, comme la tuberculose et tous les fléaux de l'humanité, est parvenue au stade de maladie sociale : ce n'est pas qu'elle soit devenue plus fréquente, ce sont simplement les lépreux qui, de plus en plus nombreux, sont connus et soignés.

Il est bien évident que dans un siècle où la médecine individuelle tend à céder le pas à une médecine de collectivité, les Gouvernements se devaient de substituer leur action à celle des initiatives personnelles qui s'avérait bien insuffisante pour une maladie si répandue.

Cette lutte pose un double problème, de dépistage et d'isolement.

A. — *Le dépistage* : Si le problème est aussi ardu c'est que de tous temps le lépreux a été obligé de vivre à l'écart, banni de la société par ses semblables à qui il n'inspirait que haine et épouvante; c'est pourquoi, comme le dit M. Follereau, « Pour délivrer l'humanité de la lèpre il faut d'abord arracher l'homme à son absurde épouvante et libérer le malade de l'injuste et intolérable malédiction qui le poursuit... Rassuré, réintégré dans la communauté humaine d'où l'ignorance et l'égoïsme l'avaient proscrit, il n'hésitera plus à dire : « J'ai la lèpre » ; soigné à temps il sera souvent rendu non contagieux et pourra être guéri ».

Mais à côté de ce problème moral pouvant être résolu par une campagne d'opinion, le dépistage pose un problème d'organisation matérielle : maintenant bien au point dans de nombreux pays elle comprend des équipes mobiles formées de médecins et d'infirmiers spécialement éduqués, dont l'action sera complétée par : la visite des enfants des écoles, les séances de vaccination, la visite des jeunes recrues, la visite des candidats aux emplois administratifs.

B. — *L'isolement* : Il pose un problème aussi difficile, également matériel et moral, et nous reprendrons ici les conclusions du Dr Jacques Sautet (12) qui condamne « la ségrégation comme pierre angulaire de la prophylaxie ».

Les pays modernes libres ont en effet remplacé pour la plupart la ségrégation obligatoire par l'hospitalisation volontaire, la qualité des résultats obtenus par les traitements actuels étant la meilleure propagande. C'est ainsi que depuis l'arrivée du Dr Pennec à la Désirade (Guadeloupe) « aucune hospitalisation n'a été faite d'office et au contraire le manque de place empêche d'accepter de nouveaux malades ».

Quant au côté matériel du problème, le Dr Santet prévoit pour l'hospitalisation la coexistence sur un même vaste terrain de trois formations :

- Un hôpital de soins confortablement aménagé en vue d'un séjour plus ou moins prolongé, réservé aux malades « blanchissables » ;
- Une consultation dispensaire annexée à l'hôpital ;
- Un asile pour les incurables et les malades ayant besoin de plusieurs années de traitement : asile du type « village hansénien » plutôt que celui de « l'asile de vieillards ».

Ayant rapidement passé en revue les moyens susceptibles d'entraîner un dépistage plus complet, donc une meilleure connaissance du nombre de lépreux dans le monde, nous allons voir quels sont les traitements qui paraissent avoir la faveur des léprologues.

2. — *Au point de vue thérapeutique :*

A. — Les Sulfones : elles ont manifestement la préférence des praticiens, surtout :

a) La Sulfone mère : Disulone (Théraplix), D.A.D.P.S. (Bayer), Avlosulfon (I.C.I.).

b) Les Sulfones disubstituées sont également très employées dans certains pays, concurremment à la Sulfone mère, et surtout :

Promine et Diamidine (P.D.);

Diasone (Abbotts);

Sulphétrone (B.W.) et Cimédone (Spécia);

Sulfonazina et Neosulfonazina (produits italiens).

c) Les sulfones monosubstituées :

1500 F : Exosulfonyl Théraplix;

1087 : Dérivé Hydroxy-éthyl-sulfoné.

Elles ont une action propre indépendante de la libération de Sulfone mère qui serait de l'ordre de 10 %, d'où l'intérêt d'associer la Sulfone mère et une Sulfone mono-substituée (par exemple Disulone et 1500 F), ce qui permet d'obtenir une toxicité nettement abaissée pour une dose de produit actif identique, ce qui est particulièrement utile en cas de réaction léprotique.

d) Enfin, pour clore de chapitre des Sulfones, disons un mot des modes d'administration « retard », particulièrement utiles quand on s'adresse à un grand nombre de malades qu'on ne peut surveiller :

— La D.D.S. peut s'employer en suspension dans l'eau physiologique gélifiée à 2 % (1 g. 20 dans 10 cc. à injecter une fois par semaine : D^r Floch);

— Elle peut s'employer en suspension huileuse dans du Chaulmoograte d'éthyle : une injection bimensuelle (Institut Marchoux);

— Elle peut enfin s'administrer à doses massives *per os* une fois par semaine 800 mg., ou deux fois 600 mg. (D^r Floch).

B. — Les thiosemicarbazones :

Thiacétazone,

Livazone (Spécia),

Conteben (Bayer),

jouissent actuellement d'une certaine popularité; leur intérêt semble surtout résider dans l'association avec les Sulfones, employée en cas de réaction léprotique.

C. — Le Chaulmoogra est encore employé par de nombreux praticiens, soit qu'ils n'aient pas de Sulfones à leur disposition, soit qu'ils l'associent aux Sulfones pour renforcer leur action ou fournir à celle-ci un solvant retard.

D. — Nous ne ferons que signaler l'emploi de la Dihydro-Streptomycine, de l'Auréomycine, des colorants (bleu de méthylène, mercurochrome), généralement associés aux Sulfones ou aux Thiosemicarbazones, du Sérum antilépreux.

E. — De nombreux corps sont expérimentés dans différents pays: citons notamment le P.A.S. et l'hydrazidé de l'acide iso-nicotinique.

F. — Nous insisterons enfin sur l'importance, signalée par de nombreux auteurs, des traitements accessoires et complémentaires (hygiéno-diététique, vitamnique, antianémique, physiothérapique, orthopédique et chirurgical).

VU : *Le Doyen :*
BINET.

VU : *Le Président de Thèse :*
LAVIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH.

Pays	Nombre d'habitants	Lépreux connus	Lépreux estimés	Indice probable pour mille	Thérapeutique utilisée
<i>Amérique :</i>					
Canada	12.300.000	9*		0,00073	
U.S.	147.300.000		2.000	0,013	Toutes les Sulfones, surtout la D.D.S., Strepto, Auréo, T.S.C.
Costa-Rica	700.000	348	700	1,00	Diasone, Promacétine, Sulfonazina, Tiacétazone, Avlosulfone, Promine, Diamidine.
Guatemala	3.600.000		150*	0,041	
Mexico	30.000.000	8.177	40.000	1,3	Promine, Diamidine, Sulphétrone, D.D.S.
Nicaragua	1.200.000		3.000	2,5	
Panama	630.000	114*		0,18	
San Salvador	2.000.000	54	152	0,076	Avlosulfone, Diasone.
Antilles anglaises.			2.300*		
Jamaïque	1.100.000		660*	0,6	
Trinidad	600.000		1.500*	2,5	
Cuba	5.500.000	3.441	5.000	0,90	Promine, Diamidine, Diasone, Disulone, Strepto, T.S.C.
Rép. Dominicaine.	2.000.000	203*		0,10	
Guadeloupe	300.000	1.158	2.000	6,6	Disulone, Ch. Livazone. (id.)
Martinique	262.000	1.000	1.500	5,7	
Porto-Rico	2.100.000		500	0,23	
Argentine	16.100.000	9.000	12.000	0,74	Diasone, Diamidin, Sulphétrone, Promine, Disulone.
Bolivie	3.800.000	616	1.200	0,31	Promanide, Diasone, Diamidine, Avlosulfone, Sulfonazina, D.D.S. et T.B. 1.
Brésil	47.500.000	60.967		1,2	
Colombie	10.500.000	12.000	30.000*	2,8	
Curacao	55.400	21*		0,36	
Equateur	3.200.000	115*	725	0,22	
Guyane française.	30.000	1.366		45,5	Disulone, Exosulfonyl, T.S.C.
Guyane anglaise.	400.000	1.071*	1.375*	3,4	
Guyane holland..	221.341	1.113	1.250	5,6	D.D.S., Diasone, Promine, Promacétine.
Paraguay	1.200.000		9.000*	7,5	
Pérou	7.100.000	1.127	3.400	0,47	Sulfones, Ch.
Uruguay	2.700.000		1.000*	0,37	
Vénézuëla	4.400.000	7.485		1,7	D.D.S. et dérivés, T.B. 1.
<i>Europe :</i>					
France	40.500.000	1.300*	1.500*	0,037	
Italie	45.700.000	361		0,008	Sulfones, Strepto, T.S.C.
Malte	300.000		260*	0,86	
Portugal + Cap Vert	8.300.000		1.100*	0,16	
Espagne	27.500.000	2.600	5.000	0,18	Sulfones, T.B. 1, Sulfones.
Grèce	7.500.000	936	2.000	0,26	Promizole, D.D.S.
Chypre	500.000		200	0,40	Promine.
Norvège	3.100.000	10		0,003	D.D.S., Ch. Tubercason.
Pays-Bas	9.700.000	101	115	0,011	
<i>Afrique :</i>					
A.O.F.	15.987.000	103.665	200.000	12,5	Ch. Chaulmoogriques associés, Cimédone, Disulone, Exosulfonyl, T.B. 1, Suspensions huileuses de sulfones.
Liberia	1.500.000		2.000*	1,3	
Gambie	250.000		750	3	
Gold Coast	4.000.000		1.000*	0,25	D.D.S., Promine, Diasone, Sulphétrone.
Nigeria	24.000.000	60.000	200.000	8,33	D.A.D.P.S.
Sierra Leone	2.000.000	3.656*		1,83	
Guinée Espagnole			8.000*		
Cameroun	2.820.000	23.564		8,30	Ch. Cimédone, Disulone, Bleu de méthylène.

Pays	Nombre d'habitants	Lépreux connus	Lépreux estimés	Indice probable pour mille	Thérapeutique utilisée
A.E.F.	4.500.000	27.907	50.000	11	D.D.S. et T.B.1 + Strepto
Togo	944.000	9.557		10	
Congo belge	10.900.000	71.850	100.000	10	
Angola	4.600.000		20.000	4,34	
Mozambique	6.300.000		30.000*	4,76	D.D.S., Strepto, P.A.S., hydrazide de l'acide isonicotinique.
Union Sud-Afric.	11.300.000	2.184	3.400	0,30	
Swaziland	200.000	64*		0,32	
Basutoland	630.000	610*		0,96	
Rhodésie Sud ..	2.000.000		7.000*	3,5	D.D.S.
Rhodésie Nord ..	1.700.000		20.000*	11,7	
Nyasaland	2.300.000		30.000*	13,4	
Tanganyika	7.000.000		100.000*	14,2	
Kenya	5.200.000		50.000	9,6	
Uganda	5.000.000		80.000*	16	
Soudan anglo-égyptien.	7.500.000	8.600*		1,14	
Ethiopie	10.000.000		50.000*	5	
Erythrée	600.000		2.755*	4,59	
Madagascar	4.295.000	15.711*	40.000	9,3	
Comores	100.000	224*		2,24	
Ile Maurice	500.000	49*		0,098	
La Réunion	270.000	40	1.000	3,70	
Egypte	19.000.000	13.123	30.000	1,5	
Maroc français ..	8.900.000	155*	300*	0,033	Sulfones, Ch. T.S.C.
Algérie	8.390.000		300*	0,035	
Tunisie	3.231.000		300*	0,092	
Lybie	1.200.000	52*		0,043	
Asie :					
Israël	700.000	70	100	0,14	Disulone, Cimédone.
Syrie	2.700.000	98		0,036	
Liban	1.200.000	11	50	0,041	
Turquie	18.800.000		100*	0,005	
Arabie	6.000.000	211*		0,035	D.D.S., Sulphétrone, Ch.
Irak	4.700.000		300*	0,063	
Indes	331.700.000		1.500.000	4,52	
Ceylan		2.975*		6,66	
Etabl ^{ts} français..	300.000	2.000		5,88	D.A.D.P.S. Ch. D.D.S., Sulphétrone. Conteben. D.D.S. Sulphétrone, Ch. T.S.C.
Birmanie	17.000.000		100.000	11	
Siam	18.000.000		200.000	4,90	
Malaisie	5.500.000		27.000	0,98	
Indonésie	76.400.000	22.000*	75.000*	1,10	Sulfone mère.
Indochine	27.056.000		30.000	2,16	
Chine	426.000.000		1.000.000	0,62	
Japon	80.000.000	12.000*	50.000*	1,39	
Corée	28.600.000		40.000*	1,16	Diasone + Promine, Diasone + Ch. Avlosulfone, Promine, Diamidine, Sulphétrone, Disulone, Sulfabénamide.
Philippines	19.826.403		23.000		
Océanie :					
Australie	7.500.000	637*		0,084	Disulone. Sulphétrone, Diamidine, D.D.S., Thiacétazone, Ethizone.
Nouvelle-Guinée ..	1.300.000	245*		0,18	
Ryukyu	900.000	330*		0,37	
Mariannes					
Marshall	69.500	110*		1,59	Disulone.
Carolines					
Nouv.-Calédonie ..	60.000	1.050		17,5	
Fiji	300.000	774		2,6	
Salomons	210.000		5.100*	24,2	Disulone.
Etabl. français ..	56.000	267		4,76	
Hawaï	530.000	298*		0,56	
TOTAL		4.328.000			

N.-B. — Les chiffres marqués d'une astérisque sont tirés du « Directory of Leprosaria ».
Légende : T.S.C. : Thiosemicarbazone.
Ch. : Chaulmoogra.
Strepto : Streptomycine.
Auréo : Auréomycine.
P.A.S. : Acide para-amino-salicylique.

BIBLIOGRAPHIE

L'origine de nos documents est mentionnée pour chaque pays.. Nous avons consulté en plus :

1. — Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, par M. Raoul Follereau (18 février 1952).
2. — Rapports des Services de Santé (année 1950) pour les territoires suivants : A.O.F.; Togo; A.E.F.; Cameroun; Madagascar; Côte française des Somalies.
3. — Directory Of Leprosaria, Mission Secretariat, 1312 Massachusetts Avenue N.W., Washington 5, O.C., U.S.A.
4. — *La lèpre*, Chaussinand.
5. — *La lèpre*, Jeanselme.
6. — *La lèpre*, A. Dubois.
7. — *Leprosy*, Rogers and Muir.
8. — *De la lèpre*, Tisseuil.
9. — *Dictionnaire des Sciences Médicales*, année 1818, article « Léproseries », signé F.V.M.
10. — *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, année 1875, XX, article « Lèpre », signé Hardy et Labarraque.
11. — Communications à l'Institut Pasteur de la Guadeloupe n°s 160, 179, 190, 200, 204, 206, 222, 228, 232, 237, 240, 244, par MM. Floch, Camain, Destombes, Lecuiller Hort Nomdedeu.
12. — « Les traitements modernes doivent-ils faire abandonner la ségrégation des lépreux et amener une refonte de la prophylaxie de la lèpre ? », par J. Sautet, *Presses Médicales* du 31 mars 1951, p. 428.

